

CERTIFICAT MÉDICAL



Fait à :

Le :

Je soussigné(e) Docteur
certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

☆ Rayer les mentions inutiles :

☆L'enfant présente une/des contre-indications médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (Rayer les mentions inutiles).

☆L'enfant a reçu les vaccins :

	1 ^{ère} inj.	2 ^{ème} inj.	3 ^{ème} inj.	1 ^{er} rappel	2 ^{ème} rappel
DTP/DTCP/DTCPhi					
BCG					
ROR					
HÉPATITE B					
PREVENAR					
MENINGITE C					

☆Son état de santé ne présente pas de signe d'infection contagieuse et l'autorise à être admis en crèche/collectivité/école.

☆Son état de santé ne contre indique pas l'administration de paracétamol en cas de fièvre et/ou douleur.

☆ Son état de santé ne contre indique pas l'administration d'Arnica 9ch en cas de chute, choc, blessure, ...

Signature :

Joindre une ordonnance au prénom et nom de l'enfant pour le paracétamol et/ou l'arnica.